

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasileia/AC**

Alexander Villarreal Alfonseca

Pelotas, 2015

Alexander Villarreal Alfonseca

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasileia/AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Leandro Leitzke Thurow

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

A388m Alfonseca, Alexander Villareal

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasileia/AC / Alexander Villareal Alfonseca; Leandro Leitzke Thurow, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Thurow, Leandro Leitzke, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha esposa Odelvis Perdomo Perez. Pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho me sentido mais vivo de verdade. Obrigado pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada projeto.

À minha filha Melisa Villarreal Perdomo, que embora não tenha conhecimento deste documento, ilumina de maneira especial os meus pensamentos, levando-me a buscar mais conhecimentos.

Ao meu orientador Leandro Leitzke Thurow que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho.

Resumo

VILLARREAL, Alexander Alfonseca. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasileia/AC.** 2015. 82 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças que constituem a primeira causa de hospitalizações e morte no sistema público de saúde do Brasil. A HAS tem aproximadamente uma prevalência de mais de 24% na população adulta, chegando a 63% na população maior de 65 anos. No caso da DM, estima-se a presença em 5,8% da população brasileira maior de 20 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. Melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos na atenção básica é de vital importância no Brasil. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Fernando Azevedo Correia 1 do município de Brasileia, Acre, havia uma baixa cobertura do programa de atenção aos portadores destas doenças crônicas, consultas a demanda espontânea, muitos usuários faltosos e sem controle por diferentes razões. Estes fatos motivaram a realização de um trabalho de intervenção que teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde a usuários com HAS e/ou DM. A UBS localiza-se na área urbana, com uma população de 836 habitantes cadastrados e possui uma equipe de saúde da família. A intervenção realizada envolveu 127 hipertensos e 31 diabéticos, residentes na área de abrangência, alcançando uma cobertura de atenção de 78% e 80,6%, respectivamente. Todos os indicadores quantitativos e qualitativos avaliados na intervenção foram melhorados, destacando que a cobertura do programa quase chegou às metas propostas no projeto de intervenção. A maioria dos indicadores de qualidade alcançou as metas planejadas, só tivemos dificuldades na realização dos exames complementares segundo o protocolo devido a insuficiente capacidade do laboratório de nosso município. A equipe recebeu uma melhor preparação profissional para o desenvolvimento das ações programáticas na unidade, melhorando a qualidade dos atendimentos, além de incorporar todas essas melhorias à rotina do serviço. A comunidade foi favorecida, pois as melhoras no atendimento repercutiram de forma positiva nos indicadores de saúde da área. A população demonstra satisfação com o atendimento recebido, mas ainda temos que continuar trabalhando para alcançar melhora da saúde geral de nossa área de abrangência.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção dos hipertensos, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.	56
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético, na UBS Fernando Azevedo Correia 1. Brasília/AC, 2015.	57
Figura 3	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.	58
Figura 4	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.	59
Figura 5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.	60
Figura 6	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, na UBS Fernando Azevedo Correia, Brasília/AC, 2015.	61
Figura 7	Proporção de hipertensos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.	62
Figura 8	Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.	63
Figura 9	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde de Família
PCCU	Preventivo do câncer cérvico-uterino
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística	43
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão	68
5 Relatório da intervenção para gestores	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
Referências	78
Anexos.	79

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde Fernando Azevedo Correia 1 Brasília/AC. Na primeira seção está descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. Na segunda seção está descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. O relatório de intervenção, apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A quarta seção apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. Os capítulos 5 e 6 apresentam os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade. E no capítulo 7 é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou Alexander Villarreal Alfonseca, médico, estou trabalhando na UBS Fernando Azevedo Correia 1, localizada na cidade de Brasileia. É uma cidade pequena no estado do Acre. Dada a proximidade com a Bolívia e o fato da cidade ser rodeada pelo Rio Acre, atendemos muitas pessoas bolivianas que gostam de nossos serviços de saúde. A Unidade Básica de Saúde (UBS) conta com uma estrutura de dois consultórios, sala de vacinação, recepção de consulta de enfermagem, sala de curativo, farmácia, sala de pré-consulta, sala de espera, dois banheiros, sala de administração e consultório de ginecologia. Trabalhamos entre 2 clínicos gerais, (médicos cubanos do programa Mais Médicos), uma ginecologista, dois odontólogos com auxiliar em saúde bucal, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem. Trabalho 32 horas na semana na UBS e 8 horas de dedicação ao curso de especialização.

Realizo atendimento médio de 30 usuários/dia, 15 pela manhã e 15 pela tarde, porém ainda não estou fazendo atendimentos específicos referentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF), somente estou realizando atendimentos a demanda e agendando só aqueles usuários que foram atendidos pela primeira vez e precisam de um acompanhamento por apresentar descompensação de sua doença crônica. As principais doenças que prevalecem são hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias e doenças de ossos. Temos muita demanda nas consultas com atendimentos de usuários que pertencem a outras UBS que são de área rural, por isso damos atendimento para muitas pessoas que não tem recursos pra comprar medicação. Nossa secretaria de saúde fornece todos os medicamentos para que nós possamos oferecer os mesmos a essas pessoas, eles são muito gratos, mas

têm muito baixa cultura, muitos não sabem ler, por vezes é difícil explicar o tratamento.

Estou trabalhando no planejamento das consultas de doenças crônicas porque não existe um registro da prevalência destas. Além de estar ainda conhecendo nossa população, pois a mesma é muito grande. As consultas de puericultura e atenção pré-natal estão sendo feitas por nós e a ginecologista atende gestantes de alto risco além de encaminhamentos para ela quando temos dúvidas. As pessoas que têm doenças e precisam atenção especializada as encaminhamos para o hospital de Rio Branco. Também na sala de espera da unidade fazemos palestras educativas para melhorar o conhecimento geral da população sobre alimentação, higiene bucal, risco de gravidez na adolescência, fatores de risco de hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, doenças ósseas, infecções respiratórias e aleitamento materno. Também fazemos palestras sobre tuberculose, leishmaniose, malária, dengue, raiva, e falamos também da importância da prática de exercícios físicos. Estou muito feliz de poder ajudar a esta população e melhorar os indicadores de saúde.

Estou ótimo, trabalhando com minha equipe de saúde, com o objetivo de conhecer o projeto pedagógico que tem como principal objetivo a integridade de cuidados de saúde para alcançar melhores indicadores de saúde e modificar as formas e estilos de vida da população, trabalhando com usuários com doenças transmissíveis e crônicas, bem como diferentes estágios de idade e prevalência de doenças mais comuns nestes.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Brasiléia pertence ao estado do Acre com clima tropical, tem uma população estimada de 22.300 habitantes (IBGE, 2010). Quanto à saúde de Brasiléia, posso falar que ainda falta muito por fazer, mas se trabalha arduamente. Temos uma secretaria de saúde renovada, com um pessoal maravilhoso, muito preocupado pela situação de saúde de nosso município. Temos nove UBS com ESF e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O hospital é pequeno e não tem muitas especialidades, atualmente está em construção outro hospital maior e moderno. Por enquanto a disponibilidade de serviços especializados não é boa e a

maioria dos usuários que precisam da atenção médica especializada são encaminhados a Rio Branco que é a capital do estado do Acre. As principais doenças são hipertensão arterial, diabetes Mellitus, leishmaniose, tuberculose, e infecções respiratórias. Quanto a disponibilidade dos exames, também temos dificuldades, pois em nosso município só temos o laboratório no hospital e não é suficiente para a demanda da população, também não temos equipe de ultrassom, eletrocardiografia, tomógrafo, etc. Além disso, os exames demoram muito, então temos às vezes que fazer encaminhamentos a Rio Branco pra fazer exames. Mas a secretaria de saúde trabalha para solucionar essas dificuldades.

A UBS onde atuo é urbana e vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois todos os usuários cadastrados na unidade devem apresentar o cartão do SUS para seu atendimento. Encontram-se os dados no computador da recepção da unidade. Não temos vínculo com instituições de ensino. O modelo de atenção é mista porque a UBS tem uma ginecologista. A UBS era um Centro de Saúde onde se faziam apenas consultas à demanda espontânea, mas isso está mudando desde setembro de 2014, quando foi aceito pelo Ministério da Saúde a proposta de fazer duas UBS. Agora já podemos fazer consultas planejadas, mas o sistema de atendimento tem mudanças graduais devido aos costumes dessa população. Atualmente temos uma equipe composta de um médico clínico geral, uma cirurgiã-dentista, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

A estrutura física da minha UBS é boa, está composta por um consultório, sala de enfermagem, uma sala de espera, recepção, uma sala de curativo, uma de vacina, dois banheiros, uma copa, tudo em ótimas condições, pois foram arrumadas recentemente. A única deficiência que temos é que a sala de espera é comum as duas UBS e às vezes não é suficiente o nº de cadeiras para todo o pessoal, mas isso vai mudar quando as consultas forem todas planejadas, já que ainda temos muita demanda espontânea.

Em relação às atribuições das equipes posso falar que nosso pessoal todo está trabalhando no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; também está se atualizando o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal para utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as

características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local, realizar o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), realizam ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.

Também garante a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e dá garantia de atendimento da demanda espontânea, e de realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; participam do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; realizamos busca ativa e notificações das doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; responsabilizamo-nos pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de Saúde; praticamos o cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais propondo intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade; realizaremos reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe; trataremos em acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; garantiremos a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica; Realizamos trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; realizamos ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe; participamos das atividades de educação permanente; promovemos a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; realizamos outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. Nossa UBS começou a cumprir com todas as atribuições das equipes.

Em relação à população da área adstrita, o número de habitantes é 836, com predomínio do sexo feminino e o grupo etário maior representado é de 25 a 39 anos, sendo uma população jovem, sendo que acho que nossa nova estrutura permitirá fazer um ótimo trabalho.

Quanto à demanda espontânea ainda temos muitas dificuldades, pois devem lembrar que nossa UBS foi um Centro de Saúde, e por isso temos muita demanda espontânea. Trabalhamos com essas pessoas orientando onde deve ser feito seu acompanhamento, fazendo um bom acolhimento dos usuários para diminuir a demanda espontânea, mas isso, faremos gradualmente.

Em relação à atenção à saúde da criança, realizamos consultas de crianças de zero a 72 meses duas vezes na semana com ações de promoção, palestras e orientações individuais em cada consulta sobre aleitamento materno, prevenção de saúde com as mães e crianças e visitas domiciliares pra conhecer melhor como vivem e quais fatores de risco tem as crianças de nossa UBS. Todas as consultas são planejadas, mas não sempre as mães trazem as crianças quando foi programado, e muitas delas os trazem apenas quando tem alguma doença. Por isso, planejamos visitas com toda a equipe de saúde para as crianças que não comparecem às consultas. Todos os registros das consultas e orientações ficam no prontuário médico de cada criança pra ter melhor acompanhamento.

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) do número de menores de um ano em nossa área de abrangência é de 17 crianças, o que nos confere cobertura de 41%. Em relação à qualidade da atenção, todas realizaram Teste do pezinho até sete dias, tiveram monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, estão com vacinas em dia, e suas mães foram orientadas quanto ao aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Cinco delas estavam em dia com as consultas, e haviam realizado a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, quatro foram avaliadas quanto a saúde bucal e apenas duas haviam realizado a triagem auditiva.

A atenção de gestantes é regida pelo protocolo do Ministério da Saúde (MS), e é uma das prioridades do programa de Atenção Primária à Saúde (APS), por isso

tratamos de fazer sempre captação nas primeiras semanas da gravidez para terem melhor acompanhamento e consultas planejadas com a melhor qualidade. Mas às vezes as gestantes não comparecem à consulta programada. Cada consulta conta com avaliação do risco, peso, altura, exame físico, orientações de promoção e prevenção de saúde, solicitamos exames do laboratório durante toda a gravidez segundo protocolo e a critério médico. Quando uma gestante tem alto risco, fazemos encaminhamento ao ginecologista, pois nosso objetivo é proporcionar uma atenção excelente. Contamos com registro de todas nossas gestantes, que permitem fazer uma boa avaliação e monitoramento de todas as ações realizadas. A cobertura da atenção às gestantes é boa, mas ainda precisa de melhoras. Por isso nossos ACS fazem diariamente pesquisas em toda a área de abrangência pra encontrar gestantes que não fazem atendimento na UBS e orientam sobre a importância das consultas de pré-natal. Isso também acontece porque muitas de nossas grávidas são jovens e não tem responsabilidade adequada. Com elas trabalhamos em conjunto, equipe básica de saúde e psicóloga. Também temos problemas com os resultados dos exames, pois demoram de chegar, em muitas ocasiões até dois meses. Nosso município não tem serviço de ultrassonografia e muitas de nossas gestantes têm baixos recursos econômicos e não podem realizar em rede privada. Mas isso melhorará, pois já está sendo construído no município de Brasília um novo e moderno hospital.

O número estimado de gestantes da área, segundo o CAP, é 12, mas apenas sete gestantes fazem acompanhamento na UBS, o que nos confere cobertura de 56%. Em relação à qualidade, todas as gestantes receberam a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados e prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, estão com vacina antitetânica e contra hepatite B em dia, conforme protocolo, e foram orientadas quanto ao aleitamento materno exclusivo. Seis iniciaram o pré-natal iniciado no 1º trimestre e estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, cinco foram avaliadas quanto a saúde bucal, e apenas três realizaram exame ginecológico por trimestre.

No que se refere ao puerpério, de 17 partos estimados pelo CAP nos últimos 12 meses, realizamos acompanhamento de sete puérperas apenas, o que equivale a cobertura de 41%. Todas Receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar, e tiveram as

mamas e abdome examinados, quatro foram avaliadas quanto a intercorrências, três tiveram seu estado psíquico avaliado, e apenas dois consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, e realizaram exame ginecológico.

Na atenção às mulheres com respeito ao câncer de colo de útero e de mama, o melhor que podemos fazer é a promoção da saúde e a prevenção da doença. Fazemos palestras sobre este tema com todas as mulheres que tem risco, ensinamos como fazer o autoexame das mamas, solicitamos mamografias e orientamos que compareçam à UBS para realizar o exame preventivo de câncer cérvico-uterino (PCCU). Nossa equipe trabalha muito para conhecer todos os grupos de risco e atuar fazendo uma avaliação adequada de risco. Em nosso centro de saúde fazemos PCCU duas vezes na semana, e depois, quando chega o resultado, é agendada consulta com clínico geral. A mulher que teve o exame alterado, encaminhamos para consulta com ginecologia. Durante a consulta médica, é realizado exame de mama a toda mulher acima de 50 anos e solicitado mamografia, assim como a todas que solicitem o mesmo. As mamografias não são realizadas no município, e temos que encaminhar as usuárias para a capital do Acre, o que demora muito tempo. Trabalhamos em conjunto com a ginecologista para avaliação dos casos, mas ainda temos que trabalhar muito em promoção e prevenção de saúde pra diminuir o índice de câncer de mama e colo de útero.

Atualmente fazemos acompanhamento de 17 mulheres entre 25 e 64 residentes na área para prevenção de câncer de colo de útero. Considerando a estimativa de 177 mulheres entre 25 e 64, temos uma cobertura de 96%. Todas foram avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero e foram orientadas sobre prevenção de câncer de colo de útero e doenças sexualmente transmissíveis (DST), 106 mulheres (62%) estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, tiveram exames coletados com amostras satisfatórias. Entre as mulheres de 50 e 69 anos residentes na área, acompanhamos 43 para prevenção de câncer de mama, o que corresponde a estimativa populacional do CAP, conferindo cobertura de 100%. Todas foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama e foram orientadas sobre prevenção do câncer de mama. Apenas 19 (435) estão com mamografia em dia.

Em relação à atenção aos usuários diabéticos e hipertensos posso falar que trabalhamos conforme protocolo, no qual os usuários são atendidos com

planejamento, onde são monitorados por controle de glicemia e pressão arterial e tratamento. Porém ainda atendemos por demanda espontânea devido a população da área ainda não estar acostumada com o fluxo da nova estrutura implantada. Temos usuários com essas patologias, principalmente diabetes tipo 2, devido aos maus hábitos dietéticos e predisposição genética. Além disso, a baixa cultura geral também incide negativamente na qualidade de vida de nossa população. Nossa equipe trabalha fazendo palestras e atividades de promoção e prevenção, visitas domiciliares e atividades esportivas. Temos uma nutricionista para pessoas obesas, e oferecemos consulta de desabitação do tabaco, para diminuir os riscos de complicações por estas doenças. O registro é feito somente nos prontuários. Há usuários ainda não acompanhados, e nossa estratégia é cadastrar toda a população.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, segundo o CAP, é de 146 usuários. Atualmente temos o registro de acompanhamento de 45 hipertensos, o que confere cobertura de 31%. Todos receberam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, foram orientados sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, apenas 12 (26%) estão com exames complementares periódicos em dia, e quatro (8%) com avaliação de saúde bucal em dia.

Entre os diabéticos, a estimativa do CAP é de 42 usuários. Sendo apenas sete acompanhados atualmente, a cobertura é de 17%. Todos receberam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, estão com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos três meses, e foram orientados sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Apenas dois estão com avaliação de saúde bucal em dia.

A saúde dos idosos é um tema muito sensível, pois é uma etapa de nossas vidas onde as pessoas ficam com muitos transtornos físicos e mentais, por isso têm que atuar com eles de um jeito amável e mostrar para eles que são muito importantes na sociedade. As ações estão estruturadas de forma programática, de acordo com o protocolo do MS, mas ainda temos dificuldades em função da grande demanda espontânea e porque nem todos os idosos estão cadastrados na UBS. O registro é feito apenas em prontuário, e a qualidade do registro não é boa, pois muitos prontuários não tem descritos todos os dados das doenças que eles apresentam. Trabalhamos com os idosos fazendo palestras, orientamos realização

de exercício físico, orientação nutricional, controle e avaliações das doenças crônicas. Também fazemos atendimentos domiciliares planejados para conhecer as condições de vida, preocupações e fatores de risco que atuam positiva e negativamente em sua saúde. Há uma equipe de saúde mental se houver necessidade. Nossa UBS tem uma população maior de 60 anos de 90 pessoas, mais do que o estimado pelo CAP. Apenas 13 idosos estão com acompanhamento em dia na UBS.

Os maiores desafios que temos é conscientizar toda a população do município Brasília que nossa unidade mudou de Centro de Saúde para UBS, e que pelo gradualmente devemos diminuir o número de consultas à demanda espontânea e aumentar as consultas planejadas, com pesquisas das doenças crônicas, e aumento nas ações de promoção e prevenção com toda a população. Apenas desse jeito conseguiremos melhorar a qualidade da atenção à saúde da população, que é nosso objetivo.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparativamente, de quando começamos até agora, existiu uma mudança total da forma de atendimento, pois no aquele momento só fazíamos consulta a demanda espontânea porque funcionávamos como centro de saúde e a estrutura ainda não era de UBS. Agora já temos a estrutura de UBS com agentes comunitários que fazem pesquisa diariamente para levantar a realidade de todas as doenças de nossa área de abrangência. Também já pode-se fazer visitas domiciliares com planejamento e conhecer dados populacionais com maior certeza e atendimento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças crônicas de grande ocorrência na população mundial e primeira causa de morte no Brasil. É muito importante trabalhar com ações programáticas para diminuir a incapacidade e complicações que elas causam. A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco (BRASIL, 2013b).

A UBS Fernando Correia 1, localizado no município de Brasileia-AC, possui modelo de atenção pautado na ESF, e estrutura física adequada. A equipe de saúde é composta por um médico clínico geral, uma cirurgiã-dentista, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e cinco ACS. O número de habitantes é 836, com aproximadamente 196 famílias, com predomínio do sexo feminino e o grupo etário de 25 a 39 anos. A população estimada de hipertensos e diabéticos é, respectivamente, de 146 e 42, segundo o CAP, e de 127 e 31, segundo a Planilha de Coleta de Dados.

A atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS busca seguir o protocolo do MS, no qual os usuários são atendidos com planejamento. A equipe trabalha com atividades de promoção e prevenção, fazendo palestras, visitas domiciliares e atividades esportivas. O registro é feito somente nos prontuários, não havendo,

portanto, monitoramento das ações. Atualmente temos o registro de acompanhamento de apenas 45 hipertensos e sete diabéticos, o que confere cobertura de 31% e 17%, respectivamente, segundo o CAP, e de 35,4% e 22,5%, segundo a Planilha de Coleta de Dados. De acordo com os indicadores de qualidade, todos os usuários acompanhados receberam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, e foram orientados sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Há problemas nos indicadores de avaliação de saúde bucal em dia, e, entre os hipertensos, na realização de exames complementares.

Nesse sentido, a intervenção torna-se relevante para proporcionar um melhor controle e acompanhamento desse grupo alvo, ainda pouco conhecido pela equipe. Temos dificuldades com a disponibilidade de medicamentos para estas doenças, não temos recursos para fazer todos os exames necessários, e a grande demanda espontânea também é um entrave ao desenvolvimento do trabalho. Como potencial, temos o momento de reestruturação do processo de trabalho, com a substituição do Centro de Saúde pela UBS, e toda a equipe está empenhada para isso.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Fernando Correia 1, Brasileia/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Para cada objetivo foram estabelecidas metas a serem alcançadas ao longo da intervenção.

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Fernando Azevedo Correia 1, no município de Brasiléia, Acre. A população alvo da intervenção é composta por 127 hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área adstrita, e por 31 diabéticos, segundo estimativas da Planilha de Coleta de Dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para alcançar os objetivos propostos foram traçadas ações, detalhadas a seguir, organizadas por eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Objetivo 1- Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Metas 1.1 e 1.2 - Cadastrar 80% dos hipertensos e 85% diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde neste período

Detalhamento: O médico revisará semanalmente o comportamento do número HAS e DM na UBS com ajuda da ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O pessoal da recepção, o médico e a enfermeira registrarão todos os usuários do programa diariamente na ficha espelho.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Na primeira semana da intervenção será feita uma capacitação para toda a equipe para que conheça como fazer um bom acolhimento. Insistir no bom trato dos usuários por todos os profissionais.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanómetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde no caso dos usuários hipertensos.

Detalhamento: A gerente da unidade terá uma reunião com a Secretaria de Saúde para que eles providenciem os recursos para garantia do material adequado.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde para os diabéticos.

Detalhamento: A gerente da unidade terá uma reunião com a Secretaria de Saúde para que eles providenciem os recursos para a realização do hemoglicoteste.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita uma palestra semanal nas comunidades pelos agentes comunitários para informar do projeto. Também na UBS terá propaganda informativa e a equipe toda fará palestras na UBS semanalmente.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Durante todo o projeto será feita uma palestra semanal nas comunidades pelos agentes comunitários para informar da importância de medir a pressão arterial pelo menos anualmente. Também na UBS terá propaganda informativa e a equipe toda fará palestras na UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Durante todo o projeto será feita uma palestra semanal nas comunidades pelos agentes comunitários para informar da importância de investigar a diabetes mellitus, especialmente nos casos de risco e de medir a pressão arterial. Também na UBS terá propaganda informativa e a equipe toda fará palestras na UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Durante todo o projeto será feita uma palestra semanal nas comunidades pelos agentes comunitários para informar sobre os principais fatores de risco para HAS e DM. Também na UBS terá propaganda informativa e o médico e a enfermeira farão palestras na UBS sobre o tema às comunidades mensalmente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita a capacitação dos agentes comunitários pelo médico e a enfermeira na primeira semana da intervenção na UBS.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Será feita a capacitação da equipe pelo médico e a enfermeira na primeira semana da intervenção para verificação da pressão de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será feita a capacitação da equipe pelo médico e a enfermeira na segunda semana da intervenção para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde.

Metas 2.1 e 2.2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realização de avaliação pelo médico e a enfermeira dos exames físicos na ficha espelho semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira fará tomada de temperatura, peso, altura, pressão arterial e hemoglicoteste criteriosamente aos usuários maiores de 18 anos com risco ou sintomas, depois passarão na consulta com o médico para avaliação e tratamento, e também terá avaliação e tratamento de saúde bucal pelo dentista.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde pelo médico na UBS na primeira semana do projeto.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Será feita a capacitação da equipe toda na primeira semana pelo médico na UBS. Depois se alguém tiver dúvidas faremos esclarecimentos individuais.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

Detalhamento: Já temos o protocolo impresso na unidade para que os profissionais da equipe conheçam o que tem que fazer com os usuários. Foi providenciado pela gerente da UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: O médico, a enfermeira e os agentes comunitários realizarão palestras uma vez por mês às comunidades para explicar os riscos da complicação da HAS e DM. Além disso, em cada consulta o médico e a enfermeira orientará aos usuários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Será feita a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, pelo médico e a enfermeira na primeira semana da intervenção.

Metas 2.3 e 2.4 - Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feito o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde semanalmente pelo médico e a enfermeira na UBS baseado na ficha espelho.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será feito o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada semanalmente pelo médico e a enfermeira na UBS baseado na ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico fará a solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo em cada uma das consultas.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A equipe toda será concentrada em reunião com a administração do hospital de nossa cidade para agilizar a realização dos exames complementares dos usuários.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta nos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação semanal dos exames realizados, pela ficha espelho dos usuários hipertensos e diabéticos, sinalizando aqueles que estão com exames em atraso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Os agentes comunitários farão palestras na comunidade semanalmente para orientar os usuários quanto a necessidade de realização de exames complementares. O médico e a enfermeira orientará aos usuários quanto a necessidade de realização de exames complementares em cada consulta.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Os agentes comunitários farão palestras semanais nas comunidades para orientar a necessidade de realização dos exames complementares com uma periodicidade adequada. O médico e a enfermeira orientarão os usuários quanto a periodicidade que devem ser realizados os exames complementares em cada consulta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico na primeira semana fará uma capacitação com a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares na UBS.

Metas 2.5 e 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será feito a verificação semanal das fichas espelho pelo médico e a enfermeira, para constatar se os usuários estão recebendo a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos será feito pela técnica de farmácia de nossa UBS semanalmente.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A farmacêutica da UBS terá um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os agentes comunitários orientarão os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da

Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso semanalmente mediante palestras e o médico e a enfermeira orientarão nas consultas dia a dia esse direito junto às farmácias de nossas unidades de saúde, pois não temos farmácias populares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico realizará uma atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes na UBS na primeira semana do projeto.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: O médico fará uma capacitação para a equipe na primeira semana na UBS para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Metas 2.7 e 2.8 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Verificar semanalmente, através das fichas espelho, por médico e enfermeira, os usuários que necessitam de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma avaliação inicial dia a dia de todos os usuários para determinar quais teriam necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Semanalmente o médico e a enfermeira farão reuniões com a equipe de saúde bucal para fazer o planejamento de consulta e avaliação dos usuários do projeto com necessidade do atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A dentista e a auxiliar em saúde bucal farão atividades educativas uma vez por mês na comunidade para orientar sobre a importância da avaliação de saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos diabéticos;

Detalhamento: A dentista fará uma capacitação uma vez ao mês para a equipe para avaliação de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos na UBS.

Objetivo 3 - Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas 3.1 e 3.2 - Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O médico e a enfermeira semanalmente monitorarão o cumprimento das consultas com ajuda da ficha espelho para verificar se a periodicidade está correta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: A equipe toda planejará semanalmente as visitas dos usuários faltosos e doentes com ajuda dos agentes comunitários.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão um bom planejamento da programação das consultas agendadas semanalmente para os usuários hipertensos e diabéticos. Com vagas disponíveis para acolher os usuários encontrados nas buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão palestras nas comunidades mensalmente sobre a importância da realização das consultas e os agentes comunitários semanalmente, além disso, na UBS faremos notas informativas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: A equipe toda terá uma reunião mensal com a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira em cada consulta orientarão aos portadores de hipertensão e diabéticos sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e os agentes comunitários farão isso semanalmente mediante palestras às comunidades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico fará uma capacitação uma vez por mês quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 e 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão avaliação dos registros uma vez por semana, verificando as fichas espelhos de cada usuário hipertenso e diabético da UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Detalhamento: Diariamente na UBS a recepcionista e a gerente digitarão todos os dados das consultas e ações realizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a ficha de acompanhamento desde o primeiro dia da intervenção.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico fará uma reunião no primeiro dia da intervenção para pactuar com a equipe o registro das informações na UBS.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico fará uma reunião no primeiro dia da intervenção com a equipe toda para definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Capacitaremos uma enfermeira para verificar a ficha espelho e sinalizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: A equipe toda fará palestras uma vez ao mês nas comunidades para orientar os usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada na UBS pelo médico na primeira semana da intervenção para o preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos usuários.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada na UBS pelo médico na primeira semana da intervenção para o preenchimento dos registros adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1 e 5.2 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão semanalmente as fichas espelho para determinar o número dos hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: O médico fará uma capacitação na primeira semana para a enfermeira de pré-consulta sobre avaliação de risco, desse jeito ela vai priorizar o atendimento dos usuários de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico fará a capacitação da recepcionista e da enfermeira de pré-consulta na primeira semana de intervenção sobre o acolhimento dos usuários de alto risco e o agendamento dos hipertensos e diabéticos serão feitos priorizando os de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: O médico e a enfermeira orientarão os usuários em cada uma das consultas de seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: O médico e a enfermeira orientarão os usuários em cada uma das consultas quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). A equipe fará palestras mensais às comunidades para que conheçam a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: O médico na primeira semana capacitará a equipe para realizar estratificação de risco segundo escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, na UBS.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: O médico na primeira semana capacitará a equipe para a importância do registro desta avaliação na UBS.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O médico na primeira semana capacitará a equipe quanto a estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão semanalmente monitoramento da realização da orientação nutricional hipertenso e diabético, através da verificação das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma palestra mensal na comunidade sobre alimentação saudável.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: A gerente da UBS terá a responsabilidade de agendar as consultas com a nutricionista duas vezes por mês e organizar palestras e práticas coletivas de alimentação saudável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Os agentes comunitários orientarão mensalmente mediante palestras nas comunidades aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. O médico e as enfermeiras orientarão aos hipertensos e diabéticos sobre a importância da alimentação saudável em cada consulta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão na UBS uma vez por mês toda a equipe sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico capacitará na UBS uma vez por mês toda a equipe sobre a metodologia de educação em saúde.

Metas 6.3 e 6.4 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento semanal nas fichas espelhos para ver se foi feita a orientação para atividade física aos hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Os agentes comunitários farão palestras nas comunidades uma vez por mês orientando a importância da atividade física para a saúde e o médico orientará dia a dia em cada consulta a importância da atividade física para a saúde.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Nossa UBS infelizmente ainda não tem educador físico. Terá feito a solicitação de educador físico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Os agentes comunitários farão palestras nas comunidades uma vez por mês orientando a importância da atividade física para a saúde. O médico e a enfermeira orientarão os usuários em cada consulta sobre a importância da prática da atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: O médico capacitará toda a equipe na primeira semana da intervenção sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico capacitará toda a equipe na primeira semana da intervenção sobre a metodologia de educação em saúde na UBS.

Metas 6.5 e 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento com ajuda das fichas espelhos da orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Será feito um controle dos hipertensos e diabéticos fumantes pelo médico e a enfermeira dia a dia para que a gerente da UBS providencie com a secretaria de saúde a compra dos medicamentos para o tratamento antitabagismo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e enfermeira orientarão os usuários em cada consulta da existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Os agentes comunitários orientarão nas comunidades sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo mensalmente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Será feita uma capacitação para o tratamento de usuários tabagistas pelo médico para a equipe toda na segunda semana da intervenção

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será feita uma capacitação sobre metodologia de educação em saúde pelo médico para a equipe toda na segunda semana da intervenção.

Metas 6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento semanal das fichas espelho para verificar se o usuário recebeu orientação sobre higiene bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O médico e as enfermeiras planejarão semanalmente o tempo das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Os agentes comunitários orientarão com palestras semanalmente aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. O médico e enfermeira orientarão em cada consulta aos hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal

Detalhamento: A odontóloga e auxiliar em saúde bucal capacitarão a equipe na segunda semana para oferecer orientações de higiene bucal na UBS.

2.3.2 Indicadores

Para monitorar o alcance das metas foram elencados indicadores para cada meta proposta, conforme descrito a seguir:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica (CAB), Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, nº 36 e 37 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b) disponível na UBS. Utilizaremos a ficha de cadastro dos usuários do programa e os prontuários. A ficha não prevê a coleta de informações sobre estratificação de risco cardiovascular, exames realizados, acompanhamento de saúde bucal. Assim para poder coletar todos os dados necessários, será adotada a ficha espelho (Anexo C) disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). A ficha será reproduzida em número suficiente pela Secretaria Municipal de Saúde. Estimamos alcançar com a intervenção 80% dos usuários hipertensos (103) e 85% dos usuários diabéticos (27) da Unidade.

Para organizar o registro específico, a enfermeira vai revisar junto às técnicas de enfermagem, todos os prontuários e fichas de cadastro e transcreverá

todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação em relação às consultas atrasadas, exames clínicos e laboratoriais atrasados, estratificação de risco, acompanhamento da saúde bucal.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção foram analisadas entre todos os membros da equipe anteriormente, mas iremos começar a intervenção com a capacitação da equipe sobre os protocolos do Ministério de Saúde. A mesma será realizada no mesmo horário utilizado para as reuniões da equipe na sala da gerente com a participação de todos. Além disso, será capacitada a equipe toda sobre acolhimento e sobre suas atribuições.

Na primeira semana faremos uma capacitação para todos os profissionais da equipe, analisando os protocolos do MS. Todos serão capacitados para a tomada de pressão arterial, hemoglicoteste, principais medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia que são usados. Ensinaremos como as pessoas devem ter atendimento integral biológico psicológico e social, realizaremos uma atualização para a equipe de como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitaremos a equipe também quanto a estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis, será esclarecido o papel de cada membro da equipe na ação programática a desenvolver. Faremos uma atividade prática para os profissionais sobre procedimentos clínicos, técnicas e valores dos sinais vitais, exames complementares e medições antropométricas, e verificação da pressão arterial, dirigida pelo médico. Capacitaremos aos ACS da UBS, para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Na segunda semana realizaremos uma atividade prática da técnica e utilização do glicosímetro. Isso será desenvolvido na sala da gerente da UBS. Também faremos palestra e conferência que abordem qualidade da alimentação e alternativas de alimentação para os usuários hipertensos e diabéticos, que continuarão sendo realizadas com uma periodicidade mensal pelo médico e pela enfermeira.

Na terceira semana realizaremos na UBS uma palestra sobre metodologias de educação em saúde e técnicas grupais participativas, para toda a equipe, com a participação de usuários, que será organizada pelo médico.

Na quarta semana será feita uma atividade demonstrativa para a equipe, pela odontóloga quanto à técnica de escovação dos dentes, principais doenças das gengivas e prevenção das cáries dentárias na sala de recepção da UBS.

Na quinta semana realizaremos uma conferência para a equipe e usuários na comunidade sobre alternativas de tratamento para o tabagismo. Na sexta semana desenvolveremos uma conferência para a equipe acerca de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool, na sala da gerente da UBS, dirigida pelo médico e pela enfermeira.

A organização do acolhimento, dos usuários na unidade, será realizada na recepção e continuará na sala de pré-consulta. As consultas de acompanhamento serão agendadas pela enfermeira, e ao sair conhecerão a data de sua próxima consulta; os usuários que acessarem a unidade precisando de atendimento rápido serão priorizados, igualmente aqueles cadastrados pelos ACS nas visitas domiciliares.

Faremos atividades educativas na comunidade e na UBS. O médico e a enfermeira farão uma palestra mensal na comunidade sobre alimentação saudável, e orientarão os hipertensos e diabéticos em cada consulta sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática da atividade física regular, e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Semanalmente, haverá palestras na UBS sobre fatores de risco para HAS e DM. Os ACS orientarão mensalmente, mediante palestras nas comunidades, os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física para a saúde, existência de tratamento para abandonar o tabagismo, higiene bucal. Para realizar estas atividades será preciso canetas, banner, cartazes, folder, TV, data show e câmera fotográfica. Faremos uma reunião mensal com a comunidade para discutir estratégia para não evasão, e funcionamento adequado da intervenção.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, na escola da área de abrangência e com ajuda dos ACS apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle dos fatores de risco das doenças crônicas, da importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, das periodicidades das consultas, com a realização de grupos de hipertensos e diabéticos em cada bairro. Para isso se utilizará de murais, panfletos,

projeção em Datashow, promovendo, assim, a participação comunitária nas modificações dos estilos de vida.

Com uma frequência semanal, a enfermeira ou om médico examinarão as fichas espelhos e sinalizarão as mesmas, identificando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais, e atendimento à saúde bucal atrasados. Os agentes comunitários farão a busca ativa dos faltosos.

Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão preenchidas na planilha eletrônica disponibilizada pela UFPel (Anexo B) por a recepcionista designadas para neste fim.

realizar as consultas e sua periodicidade.												
Técnica grupal na comunidade sobre Processo da alimentação e Dicas para uma boa alimentação.			x			x			x			x
Palestra para os usuários sobre Álcool e drogas versus vida com qualidade.					x			x			x	
Palestra na comunidade, sobre HAS e diabetes para maior qualidade de vida.						x			x			x
Atividade demonstrativa e participativa sobre a importância da prática de atividade física regular em doenças crônicas.							x			x		
Palestra sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.								x			x	
Atividade demonstrativa para os usuários quanto a Técnica de escovação dos dentes.									x			x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Neste relatório estão descritas as ações desenvolvidas durante a intervenção realizada na UBS Fernando Azevedo Correia 1 e sua área de abrangência. Ficamos orgulhosos, pois conseguimos uma boa capacitação para todos os profissionais da equipe, analisamos os protocolos do MS, sendo esclarecidas todas as dúvidas que apareceram durante os diferentes temas das capacitações. Todos foram capacitados para a tomada de pressão arterial, hemoglicoteste, principais medicamentos de Hipertensão que são usados nestes usuários através da farmácia popular. Ensinaamos como as pessoas devem ter atendimento integral biológico psicológico e social, realizamos a atualização para a equipe de como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitamos a equipe também quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, para que os usuários tenham maior qualidade de vida. Foi esclarecido o papel de cada membro da equipe na ação programática a desenvolver, que foi aceito e desenvolvido com qualidade, garantindo a satisfação dos usuários que é o nosso primeiro objetivo. Também foi feita uma atividade prática para os profissionais sobre procedimentos clínicos, técnicas e valores dos sinais vitais, exames complementares e medições antropométricas, e verificação da pressão arterial, realizada pelo médico. Capacitamos ainda os ACS na UBS, para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Todas estas ações foram desenvolvidas integralmente em a primeira semana pois contamos com o apoio de equipe todo e os gestores municipais.

Na segunda semana começamos realizando uma atividade pratica da técnica e utilização do glicosímetro, e atualizações dos dados de novos diabéticos e hipertensos identificados pelos ACS. Isso foi desenvolvido na sala da gerente da

UBS. Também foi feita palestra e conferência que abordaram qualidade da alimentação e alternativas de alimentação nos usuários hipertensos e diabéticos que continua sendo realizadas com uma periodicidade mensal pelo médico e pela enfermeira. Na terceira semana realizamos na UBS uma palestra sobre metodologias de educação em saúde e técnicas grupais participativas, para toda a equipe, com a participação de alguns usuários, que foi organizada pelo médico. Na quarta semana foi feita uma atividade demonstrativa para a equipe, pela odontóloga quanto à técnica de escovação dos dentes, principais doenças das gengivas e prevenção das cáries dentárias na sala de recepção da UBS. Na quinta semana realizamos uma conferência sobre alternativas de tratamento para o tabagismo com presença da equipe e usuários na comunidade. Na sexta semana foi desenvolvida a conferência para a equipe acerca de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool na sala da gerente da UBS dirigida pelo médico e pela enfermeira.

As ações que foram realizadas com uma periodicidade semanal foram a palestra na UBS sobre fatores de risco da HAS e DM, palestra na comunidade sobre fatores de risco de HAS e DM, cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência, atendimento clínico e odontológico dos hipertensos e diabéticos, busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, organização da agenda de saúde bucal, e organização da agenda dos atendimentos. O monitoramento geral da intervenção foi realizado pelo médico e pela enfermeira. Todas estas ações foram desenvolvidas na data planejada.

Realizamos com uma periodicidade mensal as atividades de atualização na farmácia dos cadastros de hipertensos e diabéticos, correspondentes a nossa área; palestra para os usuários sobre álcool e drogas; palestra na comunidade, sobre HAS e diabetes para maior qualidade de vida; atualizações do estoque de medicamentos presentes na farmácia do município; e técnica grupal na comunidade sobre alimentação. Todas essas ações foram desenvolvidas na data planejada.

Completamos o estoque de esfigmomanômetros e acessórios dos glicosímetros com o apoio dos gestores. Também realizamos uma reunião com o Secretário de Esporte para obter ajuda na organização de atividades físicas.

Durante a intervenção pudemos identificar que as maiores dificuldades apresentadas em nossa UBS foram que uma alta porcentagem de usuários não apresentava exames complementares em dia de acordo com o protocolo, pois a demanda em nosso município é muito maior que as possibilidades que têm o laboratório de nosso pequeno hospital municipal, o que impede garantir a realização dessa quantidade de exames. Algumas pessoas fazem os exames em rede privada, mas a maioria da nossa população não pode, por motivo de baixos recursos econômicos e os altos custos dos exames. Aumentamos o conhecimento de nossos usuários sobre como diminuir os fatores de risco para suas doenças, criando grupos de hipertensos e diabéticos para realização de atividades esportivas e outras.

É importante mencionar que nosso município ficou em estado de calamidade devido às chuvas e consequente alagamento que dificultou a realização da intervenção. A intervenção foi desenvolvida com dificuldade, as chuvas algumas vezes atrapalharam o desenvolvimento das atividades e dificultaram o planejamento na realização de algumas atividades e dificultaram a chegada da nossa equipe à comunidade, sobretudo o trabalho dos agentes comunitários. Tivemos que mudar algumas vezes as datas planejadas de algumas ações pela falta de transporte para chegar a nossa comunidade.

Outra ação programática que não foi desenvolvida totalmente foi o monitoramento e acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia. Tivemos problemas de estoque e validade dos medicamentos. Em primeiro lugar a quantidade de medicamentos é insuficiente e o município não tinha Farmácia Popular. Após sua instalação, o problema de desabastecimento persiste e ainda estamos na fase do cadastramento de todos os usuários com doenças crônicas.

Apesar das dificuldades, a equipe, contando com o apoio dos gestores, cumpriu com as ações programáticas planejadas para nossa intervenção e com isso conseguimos que os resultados do trabalho fossem excelentes, oferecendo um serviço de maior qualidade ao povo brasileiro.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores posso dizer que foi um pouco difícil já que trabalhamos numa UBS de formação recente e a intervenção foi uma experiência nova para todos. A planilha de coletas de dados no início foi difícil de trabalhar, mas aos poucos fomos nos acostumando, pois é uma ferramenta importante para avaliar nosso trabalho. Hoje já é parte de nossa rotina diária.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa intervenção na UBS foi uma experiência incrível e muito positiva, demonstrou a capacidade de trabalho da equipe de saúde, pois apesar das dificuldades naturais, pessoais, materiais e sociais, conseguimos realizar todas as ações programáticas planejadas, o que proporcionou a integração da equipe, o trabalho em conjunto, a maior sensibilidade com nossos usuários e uma melhor organização do trabalho comunitário. Já adotamos esse jeito de trabalhar como parte de nossa rotina de trabalho para oferecer um serviço de melhor qualidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Temos uma população total de 836 pessoas na área de abrangência e uma estimativa de usuários hipertensos de 127 (22,7% da população total), e 31 usuários diabéticos (5,6% da população total).

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Nossa proposta foi de cadastrar 80% do total de usuários hipertensos da área de abrangência, sendo possível alcançar 78% de hipertensos cadastrados. Durante o primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 27 usuários hipertensos (21,3%), no segundo mês aumentamos para 65 usuários hipertensos (51,2%) e, no terceiro mês, chegamos a 99 usuários hipertensos, alcançando 78% de usuários hipertensos de nossa área de abrangência (Figura 1).

A intervenção foi desenvolvida com dificuldade, as chuvas algumas vezes atrapalharam o desenvolvimento das atividades e dificultaram o planejamento na sua realização, dificultaram a chegada da nossa equipe à comunidade e sobretudo o trabalho dos agentes comunitários. Tivemos que mudar algumas vezes as datas planejadas de algumas ações pela falta de transporte para chegar à nossa comunidade. No entanto, a equipe, contando com o apoio dos gestores, cumpriu com as ações programáticas planejadas para nossa intervenção e com isso conseguimos que os resultados do trabalho fossem excelentes, oferecendo um serviço de maior qualidade.

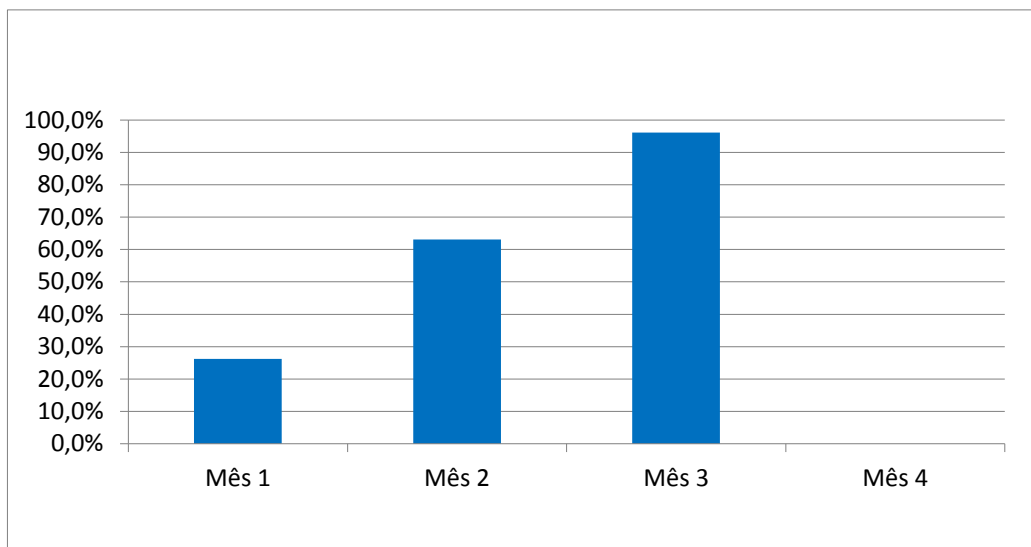


Figura 1: Cobertura do programa de atenção dos hipertensos na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasileia/AC, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Nossa proposta foi de cadastrar 85% do total de usuários diabéticos da área de abrangência, alcançando 80,6%. Durante o primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar nove usuários diabéticos (29%), no segundo mês 15 usuários (48,4%) e, no terceiro mês, chegamos a 25 usuários diabéticos, alcançando 80,6% dos usuários diabéticos de nossa área de abrangência (Figura 2). Apesar das dificuldades, nossa equipe realizou um esforço grande e conseguiu chegar nesse percentual.

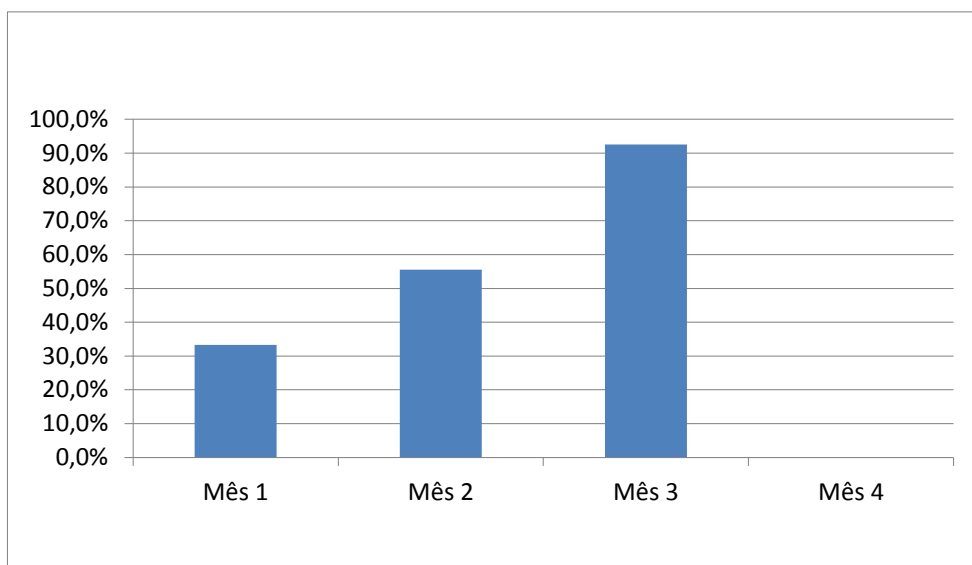


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos apropriados periódicos em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Foi possível realizar exames clínicos apropriados periódicos a 100% dos hipertensos cadastrados durante o período da intervenção de acordo com o protocolo, com registros adequados nas fichas espelho. No primeiro mês da intervenção os 27 usuários hipertensos cadastrados foram examinados, no segundo mês somamos 65 e no terceiro mês chegamos a 99 usuários hipertensos, alcançando o total de usuários hipertensos cadastrados de nossa área com exame clínico em dia. Este resultado foi possível graças à motivação da nossa equipe e devido a ajuda dos gestores de saúde para o bom desenvolvimento das ações programáticas.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Foi possível durante o transcurso da intervenção em todos os usuários diabéticos cadastrados realizar o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram nove usuários, no segundo mês somamos 15 e no terceiro mês foram 25 usuários com exame clínico em dia. Foi possível realizar o exame clínico conforme protocolo em todos os usuários cadastrados graças ao profissionalismo, comprometimento, superação e cada integrante da equipe com o cumprimento da cada ação programática proposta.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Não foi possível atingir 100% das metas deste indicador, os resultados foram péssimos. No primeiro mês, dos 27 hipertensos cadastrados, 16 estavam com exames complementares em dia (59,3%), no segundo mês, dos 65, 22 usuários estavam com exames complementares em dia (33,8%), e no terceiro mês, dos 99 cadastrados, apenas 23 tinham exames complementares em dia, finalizando a intervenção com o indicador em 23,2% (Figura 3). O resultado foi ruim devido à baixa disponibilidade de recursos do laboratório de referência de nosso município, que já é de tecnologia antiga, e a população é muito grande, além da capacidade de atendimento.

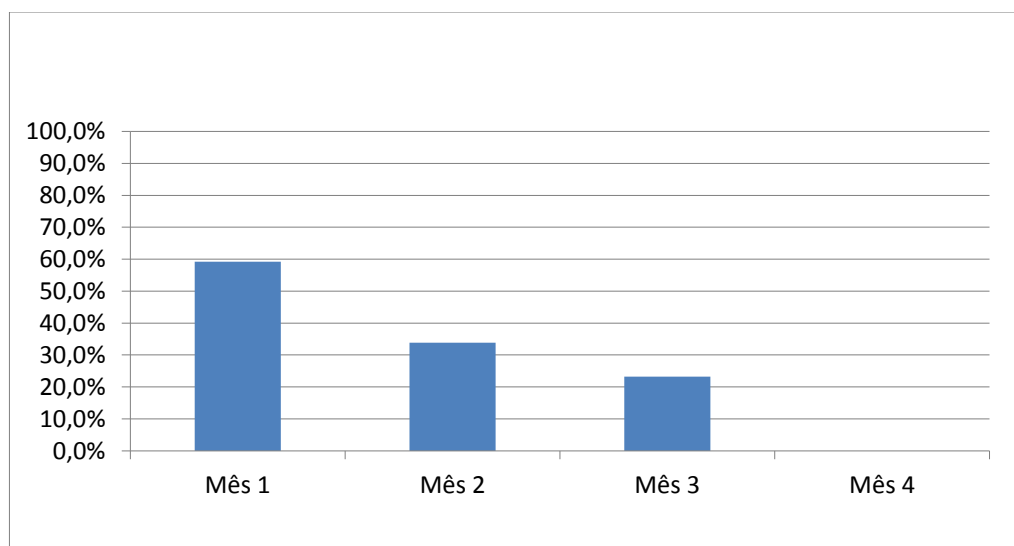


Figura 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esse foi outro indicador onde não foi possível atingir a meta. No primeiro mês foram cadastrados nove diabéticos, deles, sete estavam com exames em dia (77,8%). No segundo mês, somaram 15 cadastrados, deles apenas sete com exames em dia (46,7%). E no terceiro mês chegamos a 25 cadastrados, estando com exames em dia apenas oito (32%) (Figura 4). Este indicador não foi possível alcançar a meta proposta devido às dificuldades enfrentadas com nosso laboratório de referência. Esperamos que em um futuro próximo o problema seja solucionado, pois estamos construindo um hospital novo, de maior capacidade e qualidade.

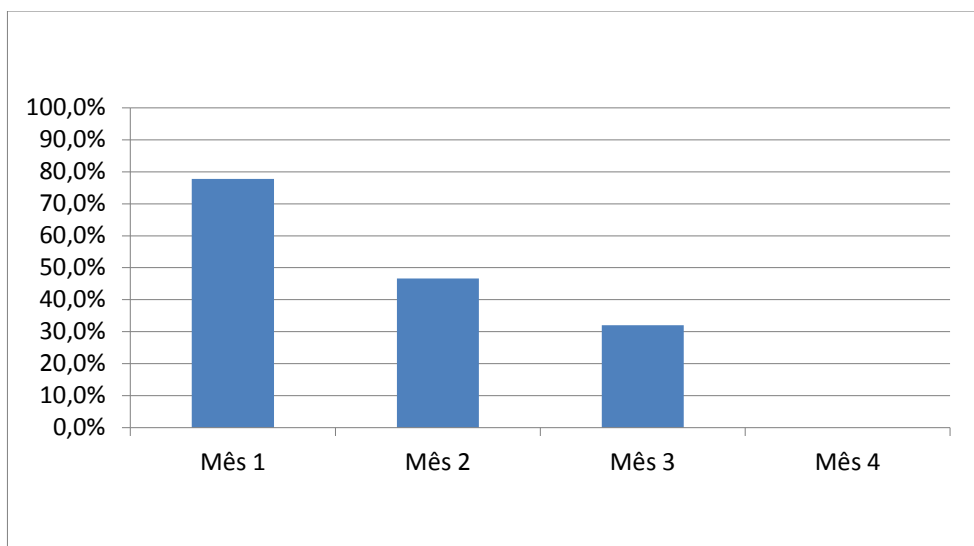


Figura 4: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Neste indicador não conseguimos cumprir a meta ao encerrar a intervenção. No primeiro mês recebiam medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, do total de 25 usuários hipertensos cadastrados, apenas 20 (80%), no segundo mês de 61, só 47 utilizaram-nos (77%) e, no terceiro mês, de 91 usuários cadastrados apenas 76 (83,5%) utilizaram medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA (Figura 5).

Nem todos os usuários recebiam os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, porque muitos dele têm tratamentos há longo tempo e não

aceitaram mudança de medicamentos. Além disso, nosso município não tinha Farmácia Popular, só tínhamos farmácia nas UBS, e a disponibilidade de medicamentos foi baixa durante este período. Felizmente já temos Farmácia Popular que contribui para a continuidade do tratamento de nossos usuários. Em geral trabalhamos orientando quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e as possíveis alternativas para obter este acesso.

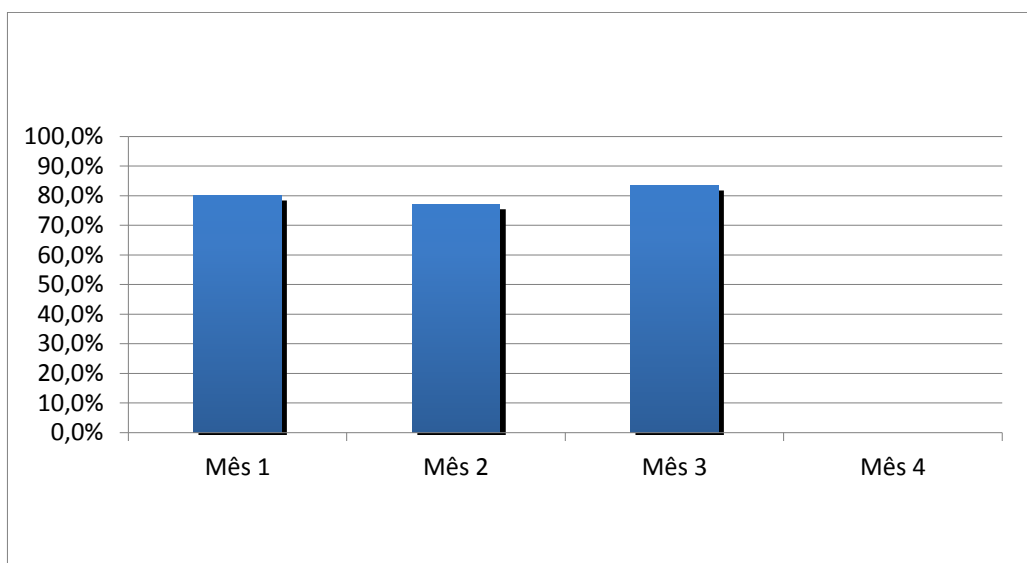


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

No primeiro mês, de sete usuários cadastrados, seis receberam os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA (85,7%), no segundo mês de 13 usuários, 11 receberam medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA (84,6%) e, no terceiro mês, de 23 usuários, 21 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, finalizando a intervenção com 91,3% (Figura 6). Graças ao esforço de nossa equipe temos alcançado a mudança nos modos e estilos de vida e uso da medicação. Algumas pessoas usavam medicações muito caras e mediante essa intervenção, proporcionamos a alguns deles a utilização de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Agora temos mais estabilidade com a disponibilidade de medicamentos devido à nova Farmácia Popular.

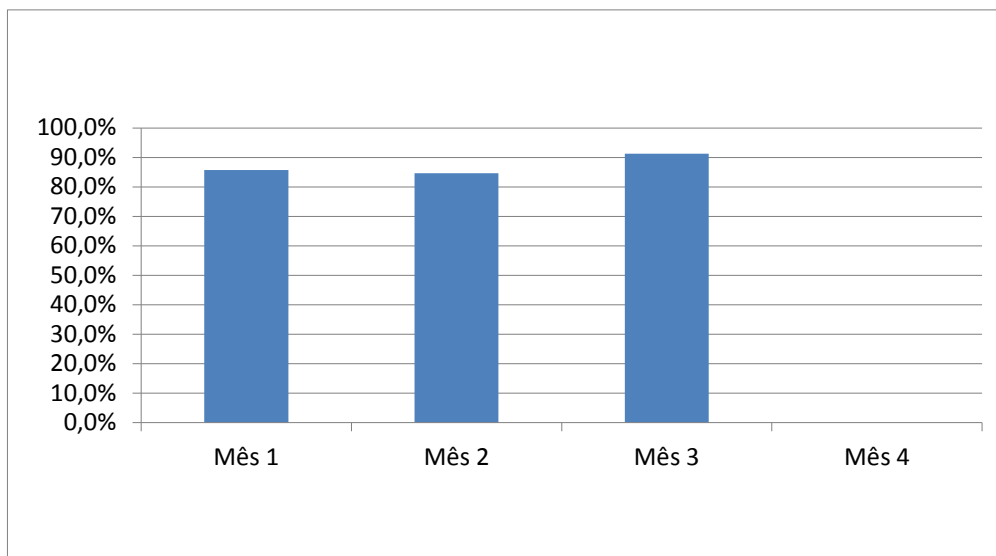


Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, na UBS Fernando Azevedo Correia, Brasília/AC, 2015.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês, dos 27 usuários cadastrados, foram avaliados 22 (81,5%), no segundo mês dos 65 usuários cadastrados, 60 tiveram atendimento odontológico (92,3%) e, no terceiro mês dos 99 usuários, 94 tiveram atendimento odontológico, o que representa 94,4% do total de usuários cadastrados (Figura 7). No início tivemos dificuldades para o atendimento, mas depois foi resolvido graças ao trabalho planejado com a equipe odontológica. Foram oferecidas palestras de saúde bucal ao grupo de hipertensos e diabéticos, com participação de outros usuários da comunidade e atendimento de qualidade.

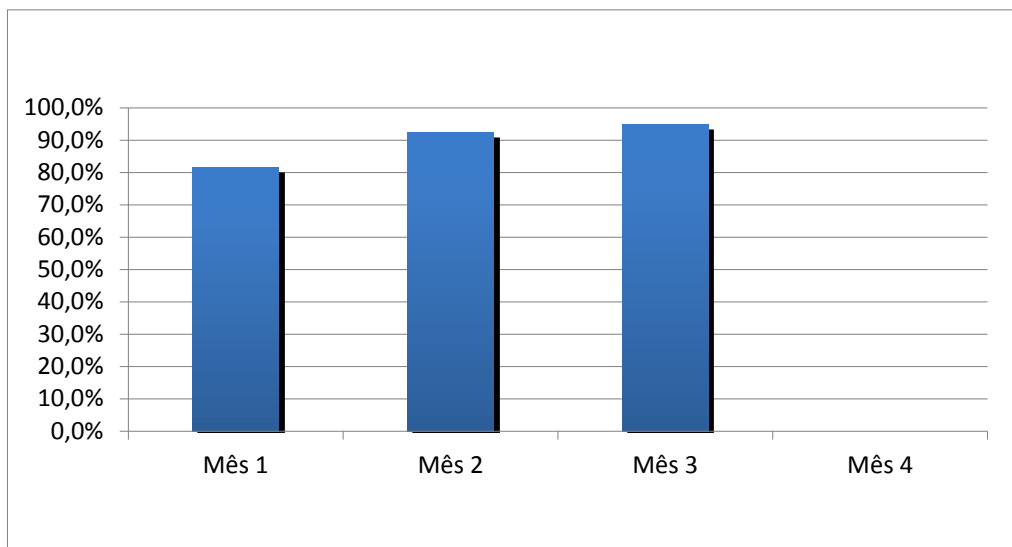


Figura 7: Proporção de hipertensos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês dos nove usuários cadastrados, oito foram avaliados (88,9%), no segundo mês somaram 15 usuários cadastrados e 14 avaliados (93,3%) e, no terceiro mês 25 usuários avaliados e 24 avaliados, o que representa 96% do total de usuários cadastrados (Figura 8). Os 24 usuários diabéticos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico e não tivemos dificuldades com o atendimento graças ao trabalho planejado com a equipe odontológica. Assim como para os hipertensos, oferecemos palestras de saúde bucal ao grupo de hipertensos e diabéticos, com participação de outros usuários da comunidade. Os usuários que ainda não haviam sido avaliados, já foram agendados para consulta, graças ao bom trabalho dos ACS e da equipe toda.

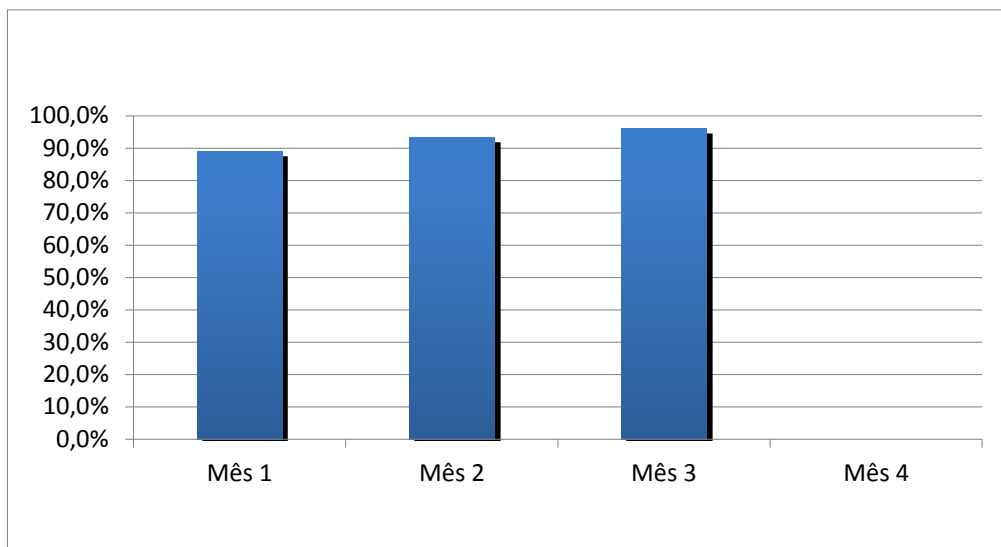


Figura 8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasiléia/AC, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Felizmente não tivemos dificuldades para o alcance dessa meta, pois foi feita busca ativa a todos os usuários faltosos às consultas. No primeiro mês foi necessária realizar a busca ativa a dois usuários hipertensos, no segundo mês somaram três, e fechamos o terceiro mês com um total de quatro hipertensos faltosos com busca ativa, resultando em 100% nesse indicador. Devido ao trabalho integrado da equipe e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde, nosso trabalho se desenvolveu sem dificuldades. Nossos agentes comunitários desempenharam uma importante ação na divulgação do projeto e na busca ativa dos faltosos, lembrando que nosso município tem área rural com difícil acesso dos usuários.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Também não tivemos muitas dificuldades para o alcance dessa meta, pois foi realizada a busca ativa de todos os usuários faltosos às consultas. No primeiro e segundo mês não foi necessária realizar a busca ativa, pois não houve faltosos. No terceiro mês apenas um diabético faltou, com busca ativa do usuário, ou seja, indicador em 100% (Figura 9). Graças ao trabalho integrado da equipe e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde foi possível à busca ativa do usuário.

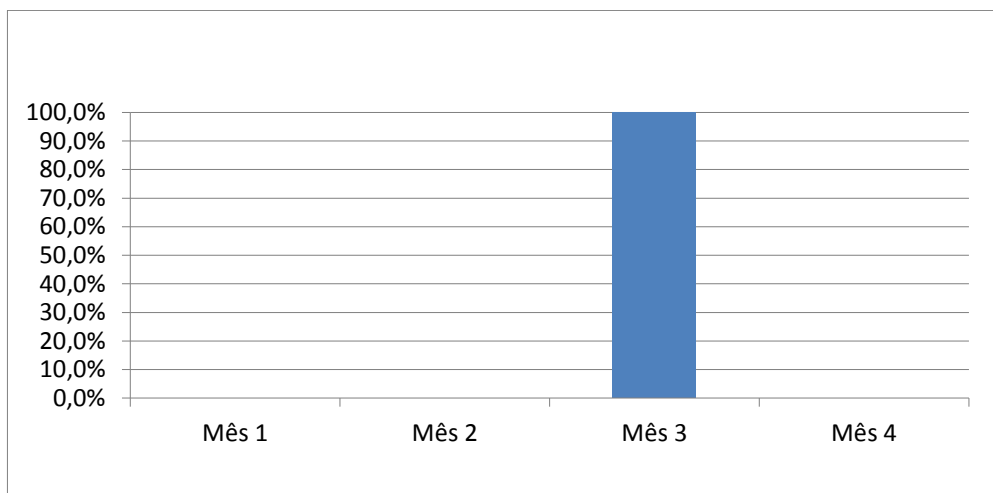


Figura 9: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, na UBS Fernando Azevedo Correia 1, Brasília/AC, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Esse indicador ficou em 100% nos três meses de intervenção, pois todos os usuários hipertensos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento. Foram 27 usuários no primeiro mês, 65 no segundo, e 99 no terceiro mês. No início foi muito difícil, pois o volume de atendimentos era grande devido ao passado recente em que nossa UBS era um Centro de Saúde e tínhamos muita demanda espontânea. Além disso, no início as consultas eram mais demoradas, especialmente pelo preenchimento das fichas espelho. Com o decorrer dos dias melhorou o tempo de preenchimento, tivemos que apreender a trabalhar com a planilha de coletas de dados que foi uma novidade para equipe toda e foi bem difícil, tivemos dificuldades também com o serviço da internet que atrapalhava às vezes

nosso desenvolvimento, mas todas essas dificuldades foram superadas e conseguimos ótimos resultados.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Esse indicador também ficou em 100% nos três meses de intervenção, pois todos os usuários diabéticos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento. Foram nove usuários no primeiro mês, 15 no segundo, e 25 no terceiro mês. As dificuldades encontradas foram as mesmas relatadas no indicador anterior.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Realizamos a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico nos três meses de intervenção, com alcance da meta de 100%. De acordo com a escala de Framingham, os usuários foram classificados em baixo, moderado e alto risco, e foi realizado o encaminhamento especializado dos que precisaram. No primeiro mês, foram avaliados 27 usuários, no segundo mês foram 65 usuários, e no terceiro mês os 99 usuários foram avaliados. Essa meta foi alcançada graças ao trabalho médico e de enfermagem que fizeram uma avaliação clínica detalhada de risco cardiovascular a cada usuário hipertenso.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Foi possível atingir a meta de 100% deste indicador, nos três meses de intervenção. Realizamos a estratificação de risco cardiovascular clínico conforme

escala de Framingham permitindo a classificação de baixo, moderado e alto risco. Fizemos o encaminhamento especializado dos que precisaram. Foram nove usuários no primeiro mês, 15 no segundo, e 25 no terceiro mês. Foi possível alcançar a meta proposta porque médico e enfermeira empenharam-se para avaliar todos os usuários.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Todos os usuários hipertensos cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável, durante a consulta ou nas palestras realizadas na comunidade pelos ACS. No primeiro mês foram 27 usuários, no segundo mês foram 65 usuários, e no terceiro mês foram 99 usuários. Os profissionais da equipe empenharam-se em orientar os usuários de forma adequada. Além disso, tivemos colaboração da nutricionista oferecendo consulta aos usuários que precisaram de atendimento especializado.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Todos os usuários diabéticos cadastrados também receberam orientações sobre alimentação saudável, em consulta ou em palestras. Foram nove usuários no primeiro mês, 15 no segundo, e 25 no terceiro mês.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção todos os usuários hipertensos receberam orientações em relação à prática regular de atividade física através da consulta médica individualizada, e também nos grupos nas comunidades e palestras realizadas pelos

ACS. No primeiro mês foram 27 usuários, no segundo mês foram 65 usuários, e no terceiro mês foram 99 usuários, sendo a meta de 100% alcançada nos três meses. A equipe foi capacitada no tema para que as orientações fossem oferecidas com clareza aos usuários e tivemos apoio do professor de esporte comunitário.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção todos os usuários diabéticos também receberam orientações em relação à prática regular de atividade física, em consulta individualizada ou em atividades coletivas. Foram nove usuários no primeiro mês, 15 no segundo, e 25 no terceiro mês.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Nos três meses de intervenção, todos os usuários hipertensos cadastrados receberam orientações sobre os riscos físicos e sociais do hábito de fumar, nas consultas médicas e também nas palestras na unidade e na comunidade, promovidas pela equipe, em especial pelos ACS, que foram capacitados para desenvolver essas atividades na comunidade para a população toda. No primeiro mês foram 27 usuários, no segundo mês foram 65 usuários, e no terceiro mês foram 99 usuários, sendo a meta de 100% alcançada. Também contamos com a consulta de desabitação tabáquica municipal, com uma equipe de profissionais que colaboram com a nossa equipe para ajudar no tratamento de abandono do tabagismo.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção todos os usuários diabéticos cadastrados também receberam orientações sobre os riscos negativos físicos e sociais do hábito de fumar, nas consultas médicas e também nas palestras na unidade e na comunidade, com ajuda da equipe toda e em especial dos ACS, que foram capacitados para desenvolver essas atividades na comunidade para a população toda. Foram nove usuários no primeiro mês, 15 no segundo, e 25 no terceiro mês.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Todos os hipertensos receberam orientações sobre higiene bucal nos três meses de intervenção. No primeiro mês foram 27 usuários, no segundo mês foram 65 usuários, e no terceiro mês foram 99 usuários, sendo a meta de 100% alcançada. As orientações foram oferecidas nas consultas individualizadas e nas visitas domiciliares e palestras na comunidade.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Todos os diabéticos também receberam orientações sobre higiene bucal. Foram nove usuários no primeiro mês, 15 no segundo, e 25 no terceiro mês. As orientações foram oferecidas nas consultas individualizadas e nas visitas domiciliares e palestras na comunidade.

4.2 Discussão

A UBS Fernando Azevedo Correia 1 é uma unidade bastante nova, ainda em processo de formação. Durante os três meses de intervenção foi propiciada a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, com qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos,

melhoria dos registros e aumento do conhecimento sobre como lidar no dia a dia com a doença.

Para toda a equipe a intervenção propiciou trabalho unido, desempenhando, cada um de nós, parte do processo decisivo para o desenvolvimento das ações. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção, exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Cada membro da equipe realizou ações individuais e coletivas para alcançar o êxito da intervenção. Isto acabou tendo impacto também positivo em outras atividades no serviço, como, por exemplo, no programa de atenção pré-natal e no programa saúde da criança.

Antes da intervenção a atenção aos hipertensos e diabéticos era resumida à consulta médica por demanda espontânea. Não tínhamos planejamento, registros nem agendamentos de consultas, não realizávamos visitas domiciliares. Com a intervenção foram revistas as atribuições de cada membro da equipe, facilitando a atenção planejada a um maior número de pessoas. Tendo registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos semanalmente, alcançou-se a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, oferecendo um serviço de melhor qualidade.

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade. Muitas pessoas chegaram até nossos ACS procurando incluírem-se nas atividades da intervenção. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e a qualidade das consultas integrais. Aconteceram algumas insatisfações na sala de espera entre os outros membros da comunidade que, apesar da divulgação comunitária desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura continuamos trabalhando em busca de usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção poderia ter sido melhor se houvesse maior apoio dos líderes da comunidade, pois em muitas ocasiões a quantidade de pessoas envolvidas nas atividades foi baixa. Também era preciso envolver maior quantidade de profissionais de saúde da secretaria municipal que poderiam facilitar o desenvolvimento das ações com a equipe. Também faltou maior ênfase no trabalho comunitário para aumentar o número de palestras e atividades demonstrativas.

Hoje essas ações formam a rotina do serviço, e estamos tendo a oportunidade de superar algumas das dificuldades encontradas na intervenção. Continuamos fazendo palestras na comunidade, a busca ativa dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Estamos ampliando o trabalho de conscientização dos líderes comunitários para que colaborem com o desenvolvimento das ações comunitárias. Marcamos uma reunião com a direção do hospital para viabilizar a disponibilidade de exames complementares. Conseguimos a listagem de medicamentos existentes na Farmácia Popular para termos controle dos medicamentos que temos para prescrever aos usuários.

Pretendemos continuar com esta rotina de trabalho para não ter nenhum usuário hipertenso ou diabético sem acompanhamento de qualidade. Precisamos aumentar a cobertura com ajuda dos agentes comunitários de saúde, e, além disso, aumentar o número de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Também é de nosso interesse implantar uma nova intervenção, agora na melhoria da atenção ao pré-natal.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas de grande ocorrência na população mundial e primeira causa de morte no Brasil. É muito importante trabalhar com ações programáticas para diminuir a incapacidade e complicações que elas causam, por isso foi realizada uma intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Fernando Correia 1 do município Brasileia, estado do Acre.

Temos uma população total de 836 pessoas, com 196 famílias, predomínio do sexo feminino e, o grupo etário maior representado é de 25 a 39 anos, com uma estimativa de pessoas com 20 anos ou mais de 560 (67% da população total), 127usuários hipertensos (22,7% da população total), e 31 usuários diabéticos (5,6% da população total).

Nossa proposta foi de cadastrar 80% do total de usuários hipertensos e 85% de usuários diabéticos da área de abrangência, sendo possível alcançar 78% de hipertensos e 80,6% de diabéticos cadastrados. A intervenção foi desenvolvida com dificuldade, as chuvas algumas vezes atrapalharam o desenvolvimento das atividades e dificultaram o planejamento na sua realização, dificultaram a chegada da nossa equipe à comunidade e sobre tudo o trabalho dos agentes comunitários. Tivemos que mudar algumas vezes as datas planejadas de algumas ações pela falta de transporte para chegar a nossa comunidade. No entanto, a equipe, contando com o apoio dos gestores, cumpriu com as ações programáticas planejadas para nossa intervenção.

Foi possível realizar exames clínicos apropriados periódicos a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados durante o período da intervenção de acordo

com o protocolo, com registros adequados nas fichas de acompanhamento e nas fichas espelho. Foi possível realizar o exame clínico conforme protocolo em todos os usuários cadastrados graças ao profissionalismo, comprometimento, superação e cada integrante da equipe com o cumprimento de cada ação programática proposta. Não foi possível atingir 100% das metas de exames complementares em dia de acordo o protocolo, mas alcançou-se 23% dos hipertensos e 32% dos diabéticos. Como podemos observar o resultado deste indicador foi péssimo devido à baixa disponibilidade de recursos do laboratório de referência de nosso município que já é de tecnologia antiga e a população é muito grande, além da capacidade de atendimento.

Quanto a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, alcançamos 83,5% de hipertensos e 91,3% de diabéticos. Hoje em nossa unidade, graças ao esforço de nossa equipe, temos alcançado a mudança nos modos e estilos de vida e uso da medicação, algumas pessoas usavam medicações muito caras e mediante essa intervenção incorporamos alguns deles a utilização de medicamentos Hiperdia. Agora temos mais estabilidade com os medicamentos Hiperdia devido à nova farmácia popular.

Referente a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, a meta alcançada foi de 94,4% dos usuários hipertensos e 96% de diabéticos.

Não tivemos dificuldades para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Foi feita busca ativa aos usuários faltosos às consultas, resultando em cobertura de 100% dos usuários que tiveram suas consultas recuperadas. Graças ao trabalho integrado da equipe e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde foi possível à busca ativa dos usuários.

Conseguimos manter registro adequado e realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Indicador que foi realizado completamente graças ao trabalho médico e de enfermagem que fizeram uma avaliação clínica detalhada de risco cardiovascular a cada usuário.

Conseguimos garantir promoção a saúde de 100% dos hipertensos e diabéticos, com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, e orientações sobre

higiene bucal. Isso foi possível com as palestras comunitárias, orientações em consultas e o trabalho de divulgação de toda equipe. Apesar das dificuldades naturais, pessoais, materiais e sociais, conseguimos realizar todas as ações programáticas planejadas, o que proporcionou a integração da equipe, o trabalho em conjunto, a maior sensibilidade com nossos usuários e uma melhor organização do trabalho comunitário. Já adotamos esse jeito de trabalhar como parte de nossa rotina de trabalho para oferecer um serviço de melhor qualidade.

Agradecemos a todo o apoio recebido da gestão e queremos continuar contando com o mesmo na continuação do trabalho na nossa UBS e junto à população que tanto precisa e merece.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Foi realizado um trabalho de intervenção com os hipertensos e diabéticos na área de abrangência da UBS Fernando Azevedo Correia 1 do município Brasileia, Acre. A intervenção foi desenhada em 12 semanas, e teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Durante estes três meses de trabalho a equipe conseguiu cumprir com todas as ações programáticas propostas no cronograma.

No começo da intervenção foi necessária a divulgação do projeto, realizada com sucesso graças ao apoio dos gestores, ACS e líderes comunitários. A cada semana os membros da equipe foram capacitados para atuação no projeto. Foram oferecidas palestras nos grupos de Hiperdia e na comunidade. Foi garantida a consulta de qualidade com exame clínico completo, avaliação e indicação de exames complementares, estratificação de risco cardiovascular, avaliação odontológica com marcação de consulta aqueles que precisaram, foi realizada busca aos faltosos nas visitas domiciliares, foram disponibilizados medicamentos na Farmácia Popular/HIPERDIA, todos foram orientados quanto a alimentação saudável, prática de atividade física, higiene bucal, malefícios do tabagismo e conscientizados sobre o acompanhamento de sua doença.

Os atendimentos foram realizados na sua grande maioria de forma agendada e priorizado, pois ainda temos atendimento a demanda espontânea. Graças ao trabalho integrado da equipe e a participação ativa da comunidade vamos melhorando nesse sentido. No princípio as consultas foram um pouco demoradas pelo preenchimento de todos os registros, mas com o desenvolvimento dia a dia da atividade alcançamos um melhor planejamento convertendo a intervenção em nossa rotina de trabalho atual.

No transcurso da intervenção tivemos muitas dificuldades, como na realização dos exames complementares por depender do laboratório do hospital de Brasileia, que é uma unidade pequena e antiga que não tem capacidade de atendimento para a população toda, e também das condições climáticas com muitas chuvas e inundações. Apesar disso, nossa equipe trabalha dia a dia para melhorar as dificuldades encontradas. Hoje temos um serviço na UBS com maior qualidade e atendimentos e contamos com apoios dos gestores e de todas as lideranças da comunidade. Com a realização deste projeto, além de melhorar a qualidade do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos de nossa área de abrangência, incentivamos o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como atenção as gestantes e a saúde de crianças.

Nosso projeto de intervenção alcançou os objetivos propostos, pois conseguimos aumentar a cobertura do atendimento a 78% dos usuários hipertensos e 80,6% dos diabéticos da área de abrangência. Apesar das dificuldades naturais, pessoais, materiais e sociais, conseguimos realizar todas as ações programáticas planejadas, o que proporcionou a integração da equipe, o trabalho em conjunto, a maior sensibilidade com nossos usuários e uma melhor organização do trabalho comunitário. Já adotamos esse jeito de trabalhar como parte de nossa rotina de trabalho para oferecer um serviço de melhor qualidade. Também destacando que sem o apoio da comunidade para o projeto não teria sido possível obter esses resultados. Obrigado a todos!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para fazer uma reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem devo começar por reconhecer que a aprendizagem é uma característica particular do ser humano. Esta se caracteriza, simultaneamente, pelo seu dinamismo, ao estar sempre em mutação, e pela procura de novas informações. É ainda criador, ao procurar novos métodos que permitam a melhoria da própria aprendizagem. Para desenvolver o processo de aprendizagem, o ser humano necessita de estímulos externos e internos, como a motivação e a necessidade. Este processo provoca uma transformação qualitativa na estrutura mental daquele que aprende, sendo, por isso, um processo pessoal que envolve a totalidade da pessoa. Por isso consideramos que a aprendizagem é um processo dinâmico, contínuo, global, pessoal, gradativo e cumulativo.

Depois de conhecer esse conceito posso refletir que quando comecei o curso de especialização pretendia adquirir conhecimentos da situação de saúde existente na área da minha unidade básica de saúde de formação recente e que me permitiriam de algum jeito identificar e trabalhar os temas que mais precisavam de mudanças para poder elevar a qualidade de saúde. Para isso precisei do apoio da equipe toda, da comunidade e dos gestores municipais. Capacitamos os integrantes da equipe para um bom planejamento e cumprimento das ações programáticas para melhorar a qualidade de vida de nossa população. Trabalhamos unidos, o que permitiu a escolha do tema de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção e qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos, fato que não foi fácil, pois não tínhamos experiência anterior de trabalho. Além disso, as dificuldades com a língua, com a internet e o clima principalmente, atrapalharam o bom desenvolvimento do projeto. Posteriormente, com ajuda do orientador, gestores e equipe, foi possível alcançar nossas metas.

Devo falar que em Cuba ficamos acostumados a realizar cotidianamente intervenções de saúde como rotina de trabalho diário, o que não significou ausência de problemas na intervenção em questão. Para mim foi difícil porque é minha primeira experiência de aprendizagem a distancia com intercâmbios de ideais com outros colegas e professores, assim como a gramática do idioma português. Não conhecia os princípios do SUS, a Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários. Com a realização do curso ganhei em conhecimento científico na área prática e também na realização dos casos clínicos, Testes de Qualificação Clínica, reflexões e revisões bibliográficas dos temas dispensados pelo curso. Conheci os principais problemas de minha comunidade, os padrões culturais, principais fatores de risco da população, o que ajudou a melhorar a promoção e prevenção de saúde comunitária. A intervenção me ensinou como organizar a agenda de trabalho e agendamento das consultas planejadas em minha UBS, que sempre foi um centro de saúde com alto índice de atendimento a demanda espontânea. Apreendi a trabalhar a unificação da minha equipe para o trabalho com integralidade e organização, realizando um trabalho em conjunto e humanizado, conseguimos atingir as metas propostas e cumprir nosso objetivo. Atualmente temos ideia de realizar outras intervenções de saúde e melhorar a qualidade da atenção à saúde em nossa comunidade. É muito gratificante ter alcançado mudanças tão positivas na população brasiliense. Hoje as ações programáticas são parte de nossa rotina do trabalho. Obrigado!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. [Internet]. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160015>>.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

[illegible]

Anexo C - Ficha espelho

[illegible][illegible]